**SECCIÓN 03: FORMULARIOS PARA PRESENTACIÓN DE OFERTAS**

**Formulario 01 - Formulario de Presentación de la Oferta**

***Comparación de Precios n.°: PRIDESII-614-CP-B-MINSAL***

***Título de la adquisición: “ADQUISICIÓN DE UNIDAD ODONTOLÓGICA PARA UNIDAD DE SALUD SAN ISIDRO, IZALCO, SONSONATE”***

**[insertar la fecha]**

Señores **MINSAL**

**Presente.-**

El que suscribe, en atención a la invitación efectuada por el Ministerio de Salud, luego de examinar los lineamientos recibidos, ofrece los bienes requeridos por un Precio del Contrato de **US$ [indique el monto en cifras y en letras]** dólares de los Estados Unidos de América, incluido el valor del IVA.

El precio incluye todos los tributos, impuesto y/o cargos, comisiones, etc. y cualquier gravamen que pueda recaer sobre el CONTRATISTA, incluido el IVA.

El plazo de entrega de los bienes es de **(ver numeral 6\_\_\_\_** **(x)** días calendario, contados a partir de la fecha de distribución de la orden de compra.

Al presentar la oferta como Representante Legal de **[Nombre del Oferente]**, declaro bajo juramento, que:

1. Nos comprometemos a entregar los bienes requeridos con sujeción a los requisitos que se estipulan en los documentos de selección y sus secciones y por los precios fijos arriba indicados y consignados también en la Oferta.
2. Garantizo la veracidad y exactitud de la información y las declaraciones incluidas en los documentos de la oferta, formula­rios y otros anexos.
3. Nos comprometemos a denunciar cualquier acto relacionado con prácticas prohibidas que fuere de mi conocimiento durante el desarrollo del proceso.
4. Confirmamos por la presente que esta Oferta tiene un período de validez de sesenta (60) días calendario, y que está acompañada de una Declaración de Mantenimiento de Oferta.
5. Manifestamos con carácter de declaración jurada que: i) no tenemos conflicto de intereses, ii) nuestra empresa, sus afiliados o subsidiarias, incluyendo todos los subcontratistas o proveedores para ejecutar cualquier parte del Contrato, no han sido declarados inelegibles por el Banco, bajo las leyes del país del Contratante o normativas oficiales, y iii) no tenemos ninguna sanción del Banco o de alguna otra Institución Financiera Internacional (IFI).

En caso de ser adjudicado, nos comprometemos a suscribir la orden de compra en los términos previstos en este documento de selección.

Entendemos que esta oferta, junto con su aceptación por escrito incluida en la notificación de adjudicación, constituirá una obligación hasta la suscripción de la orden de compra, y que el Programa no está obligada a aceptar la **oferta evaluada como la más ventajosa** ni ninguna otra Oferta que reciban, sin que tal decisión permita reclamación por parte del oferente.

Conocemos y aceptamos que el Programa se reserva el derecho de adjudicar el contrato, cancelar el proceso, rechazar todas las ofertas o declarar desierto el proceso si conviniese a los intereses nacionales o institucionales, sin que ello le genere responsabilidad alguna.

Esta Oferta y su aceptación por escrito constituirán un Compromiso de obligatorio cumplimiento. Entendemos que ustedes no están obligados a aceptar la Oferta más baja ni ninguna otra Oferta que pudieran recibir.

Atentamente,

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario 02 – Datos generales del oferente**

**[insertar la fecha]**

**a) Información del oferente**

|  |
| --- |
| 1. Nombre del Oferente: **[indicar el nombre del Oferente]**  Nacionalidad: **[indicar la nacionalidad]** |
| 1. Naturaleza:   **Persona natural: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Persona jurídica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 3. Año de registro del Oferente: **[indicar el año de registro del Oferente]** |
| 4. Dirección del Oferente en el país donde está registrado: **[indicar la Dirección del Oferente en el país donde está registrado]** |
| 5. Información del representante autorizado del Oferente:  Nombre: **[indicar el nombre del representante autorizado]**  Dirección**: [indicar la dirección del representante autorizado]**  Números de teléfono*:* **[indicar los números de teléfono del representante autorizado]**  Dirección de correo electrónico: **[indicar el correo electrónico del oferente]** |
| 7. Se adjuntan copias de los documentos originales de: **[marcar la(s) casilla(s) de los documentos originales adjuntos]**   * Estatutos de la Sociedad o Registro de la empresa indicada en el párrafo1 anterior. * Si se trata de una Asociación en Participación o Consorcio, Convenio de Asociación en Participación o del Consorcio. |

Formulario 03 – Lista de cantidades y precios

**BIENES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN** | **UNIDAD** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO**  **(incluye IVA)** | **PRECIO TOTAL**  **(incluye IVA)** |
| **Adquisición de unidad odontológica para Unidad de Salud San Isidro, Izalco, Sonsonate.** |  |  |  |  |
| **TOTAL** | | | |  |

El precio ofertado esta expresado en Dólares de los Estados Unidos de América. Incluye todos los costos directos e indirectos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y cualquier costo por otro concepto que pueda tener incidencia sobre el valor de los bienes.

**[El precio ofertado deberá ser consignado únicamente con dos decimales]**

Impuestos: El precio arriba expresado incluye todos los tributos, impuesto y/o cargos, comisiones, etc. y cualquier gravamen que recaiga o pueda recaer sobre el bien a proveer o la actividad del proveedor, incluyendo el IVA

[insertar la fecha]

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### 

### Formulario 04 – Lista de bienes, origen y especificaciones técnicas ofertadas

**Indicación**: colocar en la columna de Especificaciones Técnicas ofertadas el detalle de las especificaciones técnicas del equipo que está ofertando, no autoevaluarse colocando si cumple.

**Marca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Modelo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País de origen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código: 60305990** | **EQUIPO: UNIDAD ODONTOLÓGICA TRADICIONAL** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** | **# de folio del catálogo** |
| **Descripción** | **Unidad Odontológica Tradicional**, comprende Sillón, módulo con su brazo, controles y adaptadores para pieza de mano de alta y baja velocidad, lámpara de luz fría, escupidera, sistema de evacuación oral, sillín y compresor de 1HP.  Sillón Odontológico eléctrico  Fabricado en su base metálica, tapicería sin costuras y moldeado anatómico, control de mando que se utilice con el pie (al piso), para movimientos inclinar/reclinar, acoplamiento totalmente eléctrico para movimiento subir/bajar, dotado de cojinete de cabecera, apoya brazos (con apoya brazo derecho abatible para facilitar el acceso del paciente), y cubierta protectora.  Módulo Odontológico:  Con las siguientes características:  Con controles y conectores tipo borden de dos vías para pieza de mano de alta velocidad y de baja velocidad (Micromotor).  Jeringa triple incluida (esterilizable), con control de agua, aire y atomización.  Indicador de presión visual.  Sistema de evacuación oral: debe contar con un eyector normal y un eyector quirúrgico.  **Incluirá una pieza de mano de alta velocidad y una pieza de baja velocidad (Micromotor) compatible con contrángulo estándar, y un contrángulo del pasador estándar tipo U**:  Pieza de mano de alta velocidad, esterilizable, acero inoxidable, velocidad de 250,000 a 500,000 rpm, a una presión de aire de 28 a 35 psi, con su respectiva llave quita fresa si aplica.  Pieza de mano de baja velocidad (Micromotor), a base de aire a 20,000 rpm y presión de aire de 35 a 40 psi, con dirección controlada de rotación, compatible con contrángulo estándar tipo U. Tanto la pieza de mano de alta velocidad como el micromotor deberán ser compatibles con el conector tipo borden de dos vías.  Incluirá el contrángulo de pasador estándar tipo U.  Escupidera  De material resistente montada en brazo, **que pueda desmontarse fácilmente para su limpieza diaria**. Incluye:  Enjuague de taza circular con entrada de agua y válvula manual no electrónica para regular el flujo de agua, llenador de vaso con drenaje y botón manual no electrónico.  Eyector de saliva con su adaptador ahulado para boquilla descartable.  Lámpara de Luz Fría tecnología LED  Adosada a sillón odontológico, con asas, haz de luz sin contornos oscuros.  Pantalla con cámara intraoral  La pantalla adosada en pedestal de la lámpara de la unidad en posición adecuada para que pueda ver la imagen el paciente y el operador. Cámara intraoral de alta resolución con luz LED.  Lámpara de fotopolimerizado LED  Con regulador automático de tiempo y protector de ojos, incorporada en la estructura de la unidad odontológica.  Aparato ultrasónico para remover cálculo dental  Con control de agua y vibración, con pieza de mano e insertos (como mínimo 3 insertos), incorporado en la estructura de la unidad odontológica.  Taburete o sillín para el Odontólogo altura desde la base de aproximadamente 17”, altura ajustable neumáticamente, tapiz de cuero o plástico de fácil limpieza, con respaldo.  Compresor de aire  Para uso odontológico, de fácil mantenimiento, libre de aceite, con sistema de filtrado contra la humedad y partículas. **(Ver abajo especificaciones solicitadas para compresor odontológico para una unidad odontológica tradicional)** |  |  |
| Características Eléctricas | **Voltaje de: 120 ±10% VAC**  **Frecuencia: 60 Hertz, Fases: I,**  Toma corriente polarizado grado hospitalario,  **Tipo de seguridad eléctrica: H o B según norma IEC 60601-1**  **Deberá incluir un regulador de voltaje adecuado para la Unidad Odontológica.** |  |  |
| Características Mecánicas | Todos los equipos serán fabricados en materiales de alta durabilidad y con facilidad de limpieza y mantenimiento, con diseño ergonómico y robusto, acabado exterior lavable.  Alimentación de agua:  Agua potable diámetro: 3/4” filtrada  Presión: 25 PSI  Mínimo Drenaje: 2”  Alimentación de aire comprimido:  Aire médico o filtrado  **Presión mínima 50 PSI** |  |  |
| Condiciones de preinstalación | El equipo requerirá un espacio mínimo de 3x4 mts.  Por parte del establecimiento de salud realizar trabajos de pre instalación de fontanería y electricidad |  |  |
| Condiciones de Instalación | Deberá ser instalado y puesto en funcionamiento por parte del suministrante en las Unidades de Salud establecidas por el MINSAL |  |  |
| Información Técnica Requerida | El oferente que resulte adjudicado deberá presentar con el equipo:  -Manual de operación  -Manual de servicio  -Manual de partes  \*De preferencia todos los manuales traducidos al idioma español |  |  |
| Garantía | **Garantía contra desperfectos de fabricación**, de un año a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo. **Compromiso escrito del suministrante** en existencia de repuestos para un período mínimo de cinco años. |  |  |
| Capacitación | ***El suministrante proporcionará la capacitación al operador,*** al momento de la entrega y puesta en funcionamiento del equipo, en los siguientes aspectos: operación y manejo del equipo; mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **EQUIPO: COMPRESOR ODONTOLÓGICO**  **Complemento de Código: 60305990. Para Unidad Odontológica Tradicional** | **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS OFERTADAS** | **# de folio del catálogo** |
| Descripción | Compresor de aire, para uso odontológico, de fácil mantenimiento, con sistema de filtrado contra la humedad |  |  |
| Características Eléctricas | Voltaje: 120 VAC  Potencia de Motor: 1HP  Presión de Salida: 100psi (Aproximadamente)  Rango de Corriente: 10 A a 15 A (máximo)  Frecuencia: 60 Hz  Fases: 1  **Tipo de seguridad eléctrica: H ó B, según norma IEC 60601-1**  Protector térmico en el motor |  |  |
| Características Mecánicas | Para uso dentro o fuera del consultorio odontológico, montaje al piso, libre de aceite, bajo nivel de ruido (menor de 65 dB), completamente automático, libre de vibraciones, de fabricación robusta, con las siguientes características:  Compresor de dos pistones (en V), con anillos de Teflón.  Tipo de tanque: (depósito) vertical. Flujo de aire: 90 a 150 Lts./min. (Aproximadamente).  Diámetro de tubería de salida: ¼ pulgada (mínimo). Capacidad de tanque (depósito): **10 Galones (37.8 litros aprox.)**. El tanque debe estar provisto de un dispositivo de evacuación de fácil acceso al usuario, para su drenaje diario.  Capaz de abastecer a la unidad dental completa |  |  |
| Accesorios | Regulador de presión de 0 a 120 PSI. (Salida de aire del compresor) con filtro y dispositivo evacuador de humedad (filtro de aire) |  |  |
| Condiciones de Instalación | **Será necesario montarlo al piso, con amortiguadores de hule para eliminar ruido y vibraciones.**  El suministrante lo entregará debidamente instalado y funcionando en el lugar de utilización |  |  |
| Información Técnica Requerida | El oferente que resulte adjudicado deberá presentar con el equipo:  -Manual de operación  -Manual de servicio  -Manual de partes  \*De preferencia todos los manuales traducidos al idioma español |  |  |
| Garantía | **Garantía contra desperfectos de fabricación**, de un año a partir de la fecha de puesta en funcionamiento del equipo.  **Compromiso escrito del suministrante** en existencia de repuestos para un período mínimo de cinco años. |  |  |
| Capacitación | El suministrante proporcionará la capacitación al operador, al momento de la entrega y puesta en funcionamiento del equipo, en los siguientes aspectos: operación y manejo del equipo; mantenimiento preventivo y fallas más frecuentes del equipo. |  |  |
| Lugar de Entrega | Será entregada en las instalaciones de la Unidad de Salud del Cantón San Isidro, Izalco, departamento de Sonsonate. |  |  |

**[insertar la fecha]**

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Formulario 05 – Cronograma de cumplimiento y Plan de Entregas

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° de Art.** | **Descripción de los Bienes** | **Unidad física** | **Cantidad** | **Lugar de destino convenido** | **Fecha de Entrega** | | |
| **Fecha más Temprana de Entrega** | **Fecha Límite de Entrega** | **Fecha de Entrega Ofrecida por el Oferente** |
| *1* | Adquisición de unidad odontológica para Unidad de Salud San Isidro, Izalco, Sonsonate. | C/U | 1 | Unidad de Salud del Cantón San Isidro, Izalco, departamento de Sonsonate | *60 días calendario* | *90 días calendario* | *[indicar Fecha de Entrega Ofrecida por el Oferente]* |

**[insertar la fecha]**

Firma Autorizada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Cargo del Firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario 06 - Declaración de Mantenimiento de la Oferta**

*[Si se solicita****, el Oferente*** *completará este Formulario de acuerdo con las instrucciones indicadas en corchetes.]*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Fecha: *[indique la fecha]*

***Comparación de Precios n.°: : PRIDESII-614-CP-B-MINSAL***

***Título de la adquisición: “ADQUISICIÓN DE UNIDAD ODONTOLÓGICA PARA UNIDAD DE SALUD SAN ISIDRO, IZALCO, SONSONATE”.***

**A: *Ministerio de Salud***

Nosotros, los suscritos, declaramos que:

1. Entendemos que, de acuerdo con sus condiciones, las Ofertas deberán estar respaldadas por una Declaración de Mantenimiento de la Oferta.
2. Aceptamos que automáticamente seremos declarados inelegibles para participar en cualquier licitación de contrato con el Contratante por un período de **1 año para el literal a) y b); y 3 años para el literal c),**contado a partir de la fecha de presentación de la oferta,si violamos nuestra(s) obligación(es) bajo las condiciones de la Oferta sea porque:
3. retiráramos nuestra Oferta durante el período de vigencia de la Oferta especificado por nosotros en el Formulario de Oferta; o

(b) no aceptamos la corrección de los errores de conformidad con los Documentos de Selección; o

(c) si después de haber sido notificados de la aceptación de nuestra Oferta durante el período de validez de la misma, (i) no firmamos o rehusamos firmar el Convenio, si así se nos solicita; o (ii) no suministramos o rehusamos suministrar la Garantía de Cumplimiento si se ha solicitado.

Entendemos que esta Declaración de Mantenimiento de la Oferta expirará, si no somos el Oferente Seleccionado, cuando ocurra el primero de los siguientes hechos: (i) hemos recibido una copia de su comunicación informando que no somos el Oferente seleccionado; o (ii) haber transcurrido veintiocho días después de la expiración de nuestra Oferta.

Firmada: *[firma del representante autorizado].* En capacidad de *[indique el cargo]*

Nombre: *[indique el nombre en letra de molde o mecanografiado]*

Debidamente autorizado para firmar la Oferta por y en nombre de: *[indique el nombre la entidad que autoriza]*

Fechada el *[día]* día de *[mes]* de [a*ño]*

**ANEXO 1. DECLARACIÓN JURADA DE CUENTA BANCARIA**

**(Formulario exclusivo para el oferente adjudicado)**



|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO 2 a. INFORMACION REQUERIDA PARA COMPROBANTE DE RETENCION DE IVA ELECTRONICO – EMPRESA (Formulario exclusivo para el oferente adjudicado)** | |
|  |  |
| Nombre | |
| Colonia, Residencial, Reparto, Barrio | |
| Calle, Avenida, Pasaje, Polígono | |
| No. Apartamento o Local | |
| No. de Casa | |
| Otros datos del Domicilio | |
| Departamento | |
| Municipio | |
| Número de DUI | |
| Número de NIT | |
| Rubro | |
| Giro: (según NRC) | |
| NRC | |
| Correo Electrónico: | |
| Teléfono: | |
|  |  |
| Fecha: |  |
| Firma: |  |
| Nombre: |  |
| Cargo y sello: |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO 2 b. INFORMACION REQUERIDA PARA COMPROBANTE DE RETENCION DE IVA ELECTRONICO - PERSONA NATURAL (Formulario exclusivo para el oferente adjudicado)** | |
|  |  |
| Nombre | |
| Colonia, Residencial, Reparto, Barrio | |
| Calle, Avenida, Pasaje, Polígono | |
| No. Apartamento o Local | |
| No. de Casa | |
| Otros datos del Domicilio | |
| Departamento | |
| Municipio | |
| Número de DUI | |
| Número de NIT | |
| Rubro | |
| Giro: (según NRC) | |
| NRC | |
| Correo Electrónico: (personal) | |
| Teléfono: (personal) | |
|  |  |
| Fecha: |  |
| Firma: |  |
|  |  |